Le Numéro : 15 CENTIMES — 31 Août 1895. — 7 FRANCS par An.

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Samedi

ABONNEMENTS :
Paris et Départements. . . . . 7 fr.
Étranger . . . . . 10 fr.
Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :
GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN, Professeur agrégé, Chirurgien de l'hôp. des Enfants.
L. LANDOUZY, Professeur de thérapeutique, Médecin de l'hôpital Laënnec, Membre de l'Acad. de médecine.
H. ROGER, Professeur agrégé, Médecin des hôpitaux.
E. BONNAIRE, Professeur agrégé, Accoucheur des hôpitaux.
M. LETULLE, Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.
L. OLIVIER, Docteur ès sciences.
DE LAVARENNE, Médecin des Eaux de Luchon.
M. LERMOYEZ, Médecin des hôpitaux.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à
M. LE Dr DE LAVARENNE
SECRÉTAIRE-GÉNÉRAL

Les communications verbales sont reçues les lundi et vendredi
De 4 à 6 heures
3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

ÉTUDE DE L'ACTIVITÉ DE LA RÉDUCTION DE L'OXYHÉMOGLOBINE DANS LES TISSUS VIVANTS, par A. Hénocque. 337
THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE. Emploi thérapeutique de l'*Apocynum cannabinum*, par F. Bousquet 340
ANALYSES. 340
DEUXIÈME CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895. CXXIX
CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE, tenu à Bordeaux du 8 au 14 août 1895. CXXXI
SOCIÉTÉS SAVANTES CXXXI

NOUVELLES

Ecole de médecine navale. — Les épreuves pour l'admission à l'école principale du service de santé de la marine ont commencé le 3 août à Brest, à Rochefort et à Toulon. Soixante et onze candidats ont été admis à subir ces épreuves. Le sujet de la composition scientifique était : *La circulation chez les vertébrés.*

Ecole du service de santé militaire. — Par décision ministérielle, en date du 4 août 1895, le prix du trousseau qu'auront à verser les candidats admis est fixé à 1,050 fr. 43.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes. — Cette école est remplacée à partir du 1er janvier 1896 par une Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie.

DEUXIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE
Tenu à Bordeaux du 6 au 14 août 1895

(*Suite*) [1]

Dilatation forcée de la glotte dans le croup, pour remplacer dans certains cas le tubage et la trachéotomie. — M. le Dr Renou (de Saumur) développe cette idée que le croup n'est pas absolument spécial à la diphtérie, bien que celle-ci en soit la cause la plus fréquente. Les inflammations simples du larynx, les traumatismes, une brûlure, des corps étrangers, peuvent faire le croup, lequel est en somme une strangulation d'origine intra-laryngienne. Quel est le mécanisme de cette strangulation ? Trousseau disait : c'est un œdème, l'enchiffrènement de la glotte. Ce n'est pas que cela : l'œdème explique le tirage, mais il n'explique pas l'accès dans le croup, on ne le retrouve pas à l'autopsie, le chloroforme fait souvent disparaître le tirage et il n'a pas d'action sur l'œdème. M. Renou établit que le croup est surtout une contracture du sphincter laryngien, c'est-à-dire de la glotte et de l'appareil musculaire qui fait la voix, la toux, le spasme glottique. C'est la mise en jeu, par une inflammation simple ou diphtérique, ou telle autre cause, d'un réflexe ; il y a le ténesme glottique comme il y a le ténesme anal dans la fissure ou la dysenterie. La diphtérie toxique ne donne pas le croup, comme le chloroforme l'abolit, par suppression d'action nerveuse. Les fausses membranes peuvent provoquer le réflexe, elles ne forment jamais bouchon comme on le croit trop généralement. En résumé, le mécanisme du croup est le fait du spasme et de l'œdème. Au point de vue pratique, on n'a jamais pensé à s'attaquer à ces causes d'obstruction de la glotte. Cette glotte est-elle dilatable par discission musculaire ? M. Renou, et après lui M. Constantin Paul, l'ont essayé et y ont réussi. Le tubage n'est-il pas une dilatation forcée ?

M. Variot vient de publier un certain nombre de cas où la simple introduction du tube a fait disparaître la suffocation. Il y a donc lieu, surtout avec l'introduction du sérum antidiphtérique, de chercher des méthodes comme la dilatation forcée ou le tubage court et temporaire, et on entrevoit dans ce sens toute une série d'études que cette communication importante est appelée à provoquer.

Toxines et affections nerveuses. Paraplégie spasmodique, épilepsie spinale, troubles vésicaux, hémorrhagies du cerveau, de la moelle, d'origine bactérienne et expérimentale. — M. Charrin (de Paris). L'expérimentation, et en particulier l'expérimentation microbienne, éclaire de plus en plus la pathologie nerveuse. Les recherches nous apprennent que les germes peuvent agir par eux-mêmes : on les retrouve dans les centres pendant l'affection ou peu de jours après ; le plus souvent ils disparaissent, mais non sans avoir lésé les cellules, directement, traumatiquement, par eux-mêmes, ou par concurrence vitale ou par des anémies, des congestions attribuables aux embolies bacillaires, aux désordres vaso-moteurs, ou plus encore par leurs secrétions : ces cellules lésées continuent leur évolution morbide, alors que les agents ou leurs produits ont disparu. Les changements anatomiques les plus variés peuvent être la conséquence de ces interventions.

On peut observer de simples paralysies réflexes, succédant à des arthropathies infectieuses ; on peut enregistrer des lésions très délicates, à peine visibles, ou ne pas découvrir de modifications ; on peut constater des inflammations aiguës ou chroniques, cellulaires ou conjonctives ou vasculaires ; on peut rencontrer des dégénérescences qui, à l'exemple des autres détériorations, frappent le cerveau, la moelle, les nerfs, les méninges. On peut découvrir les altérations les plus banales, des hémorrhagies dont l'importance, en dehors de leur volume, dépend beaucoup du tissu siège des extravasions. Il n'est pas sans intérêt de rappeler avec le professeur Raymond que, dans les convalescences des fièvres éruptives, de la rougeole en particulier, on peut voir de pareils accidents hémorrhagiques se réaliser. Ainsi la clinique, invoquée dès 1882 par Marie, pour éclairer la genèse des affections du névraxe, marche d'accord avec l'expérimentation.

Faits relatifs à la pathogénie du cancer. — M. Mayet (de Lyon). En dépit de nombreuses expériences, l'auteur n'a pu obtenir qu'un résultat probant déjà publié il y a deux ans : la production d'une tumeur épithéliale du rein évidemment cancéreux par l'injection répétée de suc cancéreux glycériné chez un rat blanc.

Dans de nouvelles expériences, des animaux saturés de suc cancéreux, filtré ou non, ont présenté assez souvent des altérations nécrobiotiques ou ulcéreuses du rein, ou bien il en est résulté seulement une cachexie profonde. Tous ces faits sont en faveur d'une altération humorale dans le cancer, hypothèse que l'auteur défend en ce moment. Le fait suivant témoigne dans le sens de produits toxiques dans les néoplasmes cancéreux.

Si une préparation de sérosité de vésicatoire est observée à 38 degrés environ, au moyen de la platine chauffante, on constate l'existence de nombreux leucocytes doués d'une notable activité amiboïde. Si on fait une préparation semblable en mélangeant la sérosité du vésicatoire avec un volume égal de suc extrait par expression d'un cancer, on constate que les mouvements amiboïdes prennent une étendue et une rapidité au moins doubles de celles qu'ils présentaient avant ce mélange.

Diphtérie bronchique. — M. Cassaët lit, au nom de M. Ferrier (de Saint-Médard), la note suivante :

Les cas de diphtérie bronchique prolongée au delà de quelques jours sont extrêmement rares, en raison de la gravité considérable qu'ils présentent : M. Roux, au moment même où il publiait les résultats de sa statistique, en faisait l'une des circonstances les plus défavorables à l'emploi de sa méthode. L'auteur apporte ici un cas de diphtérie bronchique avec association streptococcique très grave et exceptionnellement prolongée, puisque l'expulsion des premiers moules remonte au 20 juin et se produisit encore malgré 11 injections de sérum, amenant de temps en temps des atélectasies pulmonaires à la suite desquelles la fausse membrane est expectorée.

Il résulte de cette observation que, grâce à l'emploi du sérum, les malades peuvent être mis en situation de résister à une infection profonde et grave comme la diphtérie bronchique, et que, si le sérum est antitoxique, il n'est pas antibactérien comme on l'a dit.

Etude bactériologique des thromboses dans la fièvre typhoïde. — M. Vincent (d'Alger). L'auteur a pu observer 28 cas de phlébite survenue chez trente-quatre malades (proportion 8,23 pour 100). Quatre d'entre eux atteints d'oblitération veineuse, sont morts dans le marasme, ou à la suite d'accidents infectieux étrangers à la phlébite ; une fois par embolie pulmonaire. Chez tous ces malades, l'ensemencement et l'examen microscopique ont révélé dans les vaisseaux thrombosés et le caillot l'existence du staphylococcus pyogenes aureus ou albus. Chez un lapin inoculé, et dont on avait contusionné la veine fémorale à l'aide d'une pince, on vit survenir une phlébite expérimentale. Le staphylocoque paraît être l'agent de prédilection de cette complication dans la dothiénentérie, car il fut trouvé à l'état exclusif dans le caillot veineux d'un malade dont l'observation est particulièrement intéressante. Ce malade, au début

1. Voyez *Presse Médicale*, n° 39, 10 août 1895, p. CXVII ; n° 40, 14 août 1895, p. 314 ; n° 41, 17 août 1895, p. 323 ; n° 42, 24 août 1895, p. 332.

SOCIÉTÉ INDUSTRIELLE DES TÉLÉPHONES
25, rue du Quatre-Septembre, Paris.
Installations Téléphoniques — Câbles et fils isolés — Pneumatiques de Vélocipèdes
Caoutchouc et Gutta-percha pour usages médicaux — Vêtements imperméables

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

KOLA CHAPOTOT GRANULÉE

HAMAMELINE-ROYA : *Tonique vasculaire.*

VICHY-CÉLESTINS
Dyspepsies : Vin de Chassaing.
Aliment des enfants : Phosphatine Falières.
Constipation : Poudre laxative de Vichy.

Herpétisme : GRANULES DE FOWLER.
Atonie de l'estomac : GRANULES DE BAUMÉ.
MÉTRITES : PÉRICOLS

Antiépidémique — Antiseptique — Désinfectant
PHÉNOL-BOBŒUF
Société du Phénol-Bobœuf, 22, Boul. Poissonnière, Paris.

PURGATION POUR RÉGIME
CARABAÑA
Guérit Congestion, Constipation.

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN *granulé.*

de sa convalescence, présenta des lésions multiples à streptocoque, mais seul le caillot fémoral présentait comme agent pathogène unique le staphylocoque doré. Contrairement à ce qu'on observe pour d'autres maladies infectieuse (tuberculose, fièvre puerpérale, etc.), la phlébite n'est donc pas une manifestation de l'agent spécifique de la dothiénentérie. Elle est causée par un microbe d'infection surajoutée.

Recherchés expérimentales sur l'effluve statique. — **M. Bordier** (de Lyon). Grâce aux travaux de Monell, de New-York et de Doumer, de Lille, l'effluve statique est aujourd'hui l'un des modes de franklinisation le plus souvent employés. On sait qu'elle constitue une des meilleures méthodes de traitement de l'eczéma et des ulcères variqueux.

Les points que l'auteur a successivement étudiés sont les suivants :

1° Influence du signe de l'effluve sur l'étendue de la surface impressionnée. Pour apprécier exactement l'étendue de cette surface, M. Bordier a mis à profit l'action de l'ozone due à l'effluve sur le papier ioduré amidonné, et il a chaque fois photographié l'épreuve colorée obtenue. Les photographies qu'il présente au Congrès montrent que le souffle positif est beaucoup plus épanpillé que le souffle négatif : la densité électrostatique est plus grande dans le second cas que dans le premier.

2° Influence du signe sur l'intensité *du vent* électrique. L'auteur a fait construire un appareil qui lui a permis de constater nettement que l'effluve négative *souffle* plus fortement, toutes choses égales d'ailleurs, que l'effluve positive. Ce résultat est intéressant à noter, au point de vue pratique.

3° Influence de l'angle de la pointe sur l'étendue de la surface influencée. Pour faire cette étude, M. Bordier s'est servi d'une série de pointes terminées par des angles variant entre 96 et 8 degrés, et faites avec une même tige de 9 millimètres de diamètre. En se plaçant chaque fois dans les mêmes conditions, il a trouvé, comme l'indiquent bien les photographies qu'il met sous les yeux du Congrès, que le diamètre de la surface impressionnée par l'effluve est d'autant plus petit que l'angle de la pointe est lui-même plus petit. La loi formulée par Boudet de Paris : « le diamètre de la surface influencée par le souffle est égal à une fois et demie la distance de la pointe à la surface », est donc contraire aux faits observés. Ce diamètre dépend, comme le montrent les expériences de M. Bordier, et du *signe* de l'effluve et de l'*angle* au sommet du cône d'où émane l'effluve.

4° Le quatrième point étudié par l'auteur est relatif à la détermination des effets vaso-moteurs que produit l'effluve sur les régions soumises à son action. Un thermomètre à température locale de Seguin, protégé à l'aide d'un manchon en verre, faisait connaître les variations de la température de la zône cutanée effluvée. En prenant soin d'attendre, avant de commencer une expérience, que la colonne mercurielle soit bien devenue stationnaire, on trouve, que sous l'influence de l'effluve, il y a abaissement de la température. Cet abaissement est plus grand avec l'effluve négative qu'avec la positive; de plus, l'abaissement maximum a lieu *après* l'arrêt de la machine. Les chiffres fournis par M. Bordier, et correspondant à plusieurs expériences, permettent de comprendre les heureux effets obtenus en électrothérapie par ce mode de franklinisation.

Des relations qui existent entre les lésions inflammatoires à streptocoques et les oreillons. — **Busquet** (de Bordeaux) et **Ferré** (de Bordeaux). De l'ensemble des faits cliniques et des observations expérimentales que nous avons pu rassembler dans trois épidémies d'oreillons, il semblerait résulter qu'il y a une relation entre les phlegmasies à streptocoque et le développement des oreillons.

Faits cliniques. — *a.* Préexistence d'angines à streptocoque, d'abcès dentaires à streptocoque ; *b.* Coexistence ou développement successif de l'érysipèle chez quatre malades atteints d'oreillons; *c.* Fréquence des rechutes.

Faits expérimentaux. — 1° Chez dix-sept malades, dans le sang de la circulation générale nous avons trouvé le diplocoque de Laveran, Catrin et Antony;

2° Dans la salive recueillie dans le canal de Stenon nous avons trouvé le diplostreptocoque de Barbier;

3° Dans le suc parotidien du bœuf et dans le sérum sanguin humain, le diplostreptocoque semble s'isoler d'emblée en diplocoque;

4° Le diplostreptocoque, injecté dans les glandes salivaires des animaux et dans le testicule, y détermine des gonflements modérés mais non de véritables fluxions glandulaires;

5° Dans les rétro-cultures faites avec les tissus ou le sang des animaux inoculés, nous n'avons trouvé qu'un diplocoque qui semble être celui rencontré déjà chez l'homme;

6° Il ne nous a pas été possible jusqu'ici d'attribuer une filiation formelle et réciproque entre les inflammations à streptocoque et les oreillons.

Nous croyons cependant utile d'attirer l'attention sur ces faits qui nécessitent confirmation.

L'angine diphtérique du début de la scarlatine. — **M. Rondot** (de Bordeaux). Deux malades voisins d'hôpital contractèrent, l'un contagionnant l'autre, une scarlatine avec angine diphtéroïde chez l'un, érythémateuse chez l'autre, tout au début de la fièvre éruptive. Les ensemencements prouvèrent que l'agent pathogène était dans ces cas le bacille diphtérique.

L'angine diphtérique initiale de la scarlatine peut s'observer sous l'aspect de l'angine pseudo-membraneuse classique de cette fièvre éruptive, ou bien sous celui d'une angine sans exsudat, accompagnant le développement d'une scarlatine sans exanthème, lorsqu'elles évoluent dans le même milieu familial ou hospitalier. Ces angines scarlatino-diphtériques d'allures bénignes chez ces malades n'en doivent pas moins imposer des réserves formelles au point de vue du pronostic.

Du rôle des pièces de monnaie dans la transmission des germes infectieux. — **M. Vincent** (d'Alger). Les pièces de monnaie peuvent recéler dans l'enduit malpropre qui les recouvre un assez grand nombre de microbes pathogènes. Parmi ceux-ci les microbes de la suppuration et surtout le staphylocoque sont les plus fréquents. Par l'inoculation expérimentale de tampons stérilisés frottés légèrement à la surface des pièces de monnaie, on constate aussi la présence beaucoup plus rare d'autres microbes. Un des animaux inoculés a présenté un tétanos local des muscles voisins du siège de l'inoculation, un autre a été trouvé porteur de lésions tuberculeuses locales et viscérales.

La rareté relative de ces microbes pathogènes à la surface des pièces de monnaie s'explique par le pouvoir antiseptique que possèdent les métaux. Au contact des pièces d'argent et de billon, les cultures pathogènes, le pus, la salive, l'urine putréfiée, sont stérilisés dans un délai assez rapide, parfois en quelques heures, à la température de 36 degrés. L'or, étant peu attaqué, possède un pouvoir antiseptique faible.

Pyosepticémie médicale staphylococcique à type général. — **M. G. Etienne** (de Nancy). Les pyosepticémies médicales, bien qu'infections générales, tendent très souvent à concentrer, pour ainsi dire, leur action sur un appareil dont les lésions attirent et fixent immédiatement l'attention : pyosepticémie à type osseux (ostéomyélite), articulaire (pseudo-rhumatisme infectieux), cardio-vasculaire (endocardites et aortites aiguës), cutanées (érythème polymorphe infectieux, purpura), etc. Parfois la symptomatologie est plus diffuse. L'auteur a rapporté le cas d'une septicémie streptococcique caractérisée par le pseudo-rhumatisme, bronchopneumonie, néphrite, endocardite, uréthrite, érythème polymorphe. Dans quelques cas, qui paraissent plus rares, l'infection peut, pendant son évolution, ne paraître s'attaquer en particulier à aucun appareil. Elle se révèle seulement par des accidents généraux très graves.

Tels sont les deux cas suivants. Chez une jeune femme de vingt-trois ans, la maladie débuta en juin 1894 par la fatigue, l'anorexie, la céphalée, les frissons violents et répétés et des vomissements bilieux; l'état général s'aggrave de plus en plus, sans qu'aucun organe soit particulièrement intéressé, sauf, au bout d'un mois et demi, une légère augmentation de volume du foie et de la rate, hyperthermie à grandes oscillations. A partir du 15 août, on constate une légère amélioration de ces accidents et, après une convalescence très longue, la malade se rétablit.

Le deuxième cas est celui d'un manœuvre, âgé de quarante-deux ans, chez qui l'infection débute d'abord par de la lassitude, puis survinrent la fièvre, l'adynamie. L'état général est très grave. Dans la convalescence, on vit apparaître une éruption furonculeuse généralisée, un phlegmon de la paroi thoracique, puis, beaucoup plus tard, une ostéite du fémur. Ici encore, rien du côté des organes.

Dans les deux cas, le diagnostic de pyosepticémie, cliniquement établi, fut vérifié à plusieurs reprises par la présence des staphylocoque blanc et doré dans le sang.

Des modifications urinaires consécutives aux injections de sérum antidiphtérique. — **M. Mongous** (de Bordeaux). L'auteur, sans avoir eu connaissance des recherches de MM. Charrin et Roger communiquées à la Société médicale des hôpitaux le 14 décembre 1894, a fait l'analyse d'urines d'enfants atteints de diphtérie, avant et après l'injection de sérum. Les résultats, identiques à ceux de MM. Charrin et Roger, ont été publiés dans le *Journal de médecine de Bordeaux* (1895). Les analyses, faites pour 6 enfants, ont démontré qu'après les injections de sérum :

1° Il se produit une augmentation de la densité de l'urine;

2° Il se fait le plus souvent une augmentation de la diurèse;

3° Une hyperazoturie est généralement constante et telle que l'urée, dans les vingt-quatre heures qui suivent l'injection, devient double de ce qu'elle était avant;

4° Les phosphates augmentent considérablement;

5° Il se produit une diminution des chlorures.

Ces modifications, toutes passagères, persistent jusqu'à la disparition de la dernière fausse membrane; elles ne peuvent être mises sur le compte de la fièvre dont l'existence a été inconstante.

De l'antisepsie intestinale par le naphtol-bismuth, ou naphtolate de bismuth. — **M. Edmond Chaumier** (de Tours). M. Bouchard a rendu un immense service en faisant connaître l'antisepsie intestinale.

Le naphtol est le médicament le plus employé pour obtenir cette antisepsie, mais sa saveur brûlante en rend parfois l'emploi impossible, surtout chez les enfants.

On mélange généralement le naphtol avec un sel de bismuth. On peut avec avantage substituer à ce mélange le naphtol-bismuth ou naphtolate de bismuth, qui se décompose dans le tube intestinal en naphtol et en bismuth.

Ce médicament n'a pas de goût désagréable et est accepté facilement par les enfants.

Il contient 26,5 de naphtol et 73,5 de bismuth.

J'ai surtout employé le naphtol-bismuth dans la diarrhée des enfants, dans la diarrhée des adultes, dans la diarrhée des tuberculeux, dans la fièvre typhoïde. Je n'ai eu qu'à m'en louer dans ces diverses maladies.

Le naphtol-bismuth a déjà été expérimenté, surtout en Russie et en Amérique, contre toutes les affections aiguës et chroniques de l'estomac et de l'intestin, contre la fièvre typhoïde et contre le choléra. Il a été l'objet de travaux importants.

Le Dr Hueppe, qui a soigné avec ce médicament un grand nombre de cholériques dans les hôpitaux de Hambourg, le considère presque comme un spécifique du choléra.

La fonction hépatique dans la démorphinisation. — **Paul Sollier** (de Paris). Grâce au rôle de protection de l'organisme contre les poisons que joue le foie, sa fonction est intéressante à étudier dans la morphinomanie et surtout dans la démorphinisation, et cela à divers points de vue physiologiques, cliniques et thérapeutiques.

1° Sous l'influence de l'intoxication morphinique le foie cesse de fonctionner avec la même activité, comme toutes les glandes de l'organisme. Après la suppression, au contraire, il présente une suractivité énorme. De la diarrhée et des vomissements surviennent alors constamment. Dans les quarante-huit premières heures cette diarrhée et ces vomissements sont presque uniquement constitués par de la bile pure en quantité considérable. Chimiquement, on n'y retrouve pas de morphine en nature. Mais cliniquement tout prouve qu'elle doit en contenir et que, quelle que soit la forme sous laquelle elle est dans l'organisme, c'est par là que s'élimine la morphine emmagasinée. La conséquence pratique qui en découle est donc de laisser cette évacuation bilieuse se faire aussi abondante et aussi prolongée qu'elle se produit.

2° L'abondance et la brusquerie de cette évacuation de bile peuvent être telles que cette soustraction énorme à l'organisme provoque des accidents graves dus à de l'asphyxie bulbaire qui amène des syncopes respiratoires qui pourraient être mortelles. Ces cas exceptionnels du reste, et faciles à prévoir cliniquement, montrent la nécessité absolue de la présence constante d'un médecin pendant la suppression de la morphine dans tous les cas.

3° La suractivité fonctionnelle du foie et de toutes les glandes, en particulier du tube digestif, amène une régénération organique très active, s'accompagnant d'une rénovation cellulaire complète en plusieurs mois seulement. Plus l'évacuation de bile a été intense, plus la régénération se fait bien, mais plus aussi la gravité est grande de la récidive précoce, par suite de la délicatesse et de la susceptibilité des éléments régénérés, incapables de résister à une nouvelle intoxication.

4° Cette fragilité des éléments glandulaires explique pourquoi on ne doit pas davantage administrer à l'intérieur, soit au moment de la suppression, soit dans la convalescence de la démorphinisation, des substances, toxiques ou non, capables de les altérer, sous prétexte de parer à la diarrhée qui est la voie d'élimination de la morphine, ou de combattre l'insomnie. On ne fait qu'enrayer et quelquefois arrêter complètement le travail de régénération et par conséquent la guérison complète.

Conclusions cliniques sur le traitement électro-mécanique de la constipation. — **M. Gilles** (de Marseille) préconise contre l'obstruction intestinale de cause fécale le lavement électrique de Larat. Les résultats obtenus par lui ne sont favorables que dans les deux cinquièmes des cas, mais l'insuccès proviendrait le plus souvent de ce qu'on est appelé trop tardivement auprès des malades.

Dans le traitement de la constipation chronique, M. Gilles pratique le massage cinq fois par semaine et l'associe soit aux courants d'induction, soit aux courants continus forts, soit enfin au lavement électrique. La durée du traitement est de deux à trois mois.

L'auteur a obtenu, sur cent cas : trente succès, quarante et un succès relatifs et vingt-quatre insuccès.

Des modifications dans les propriétés biologiques des microbes sous l'influence des essences. — **M. Busquet** (de Bordeaux). 1° Les vapeurs des essences de bergamote girofle, cannelle, anis, térébenthine et cèdre, retardent ou empêchent le développement du staphylocoque pyogène doré, du diplostreptocoque de Barbier et d'un diplocoque trouvé dans la salive.

2° Elles modifient le pouvoir chromogène du micrococcus prodigiosus et du bacillus pyocyaneus.

3° Elles atténuent ou déterminent le pouvoir pathogène du bacillus pyocyaneus.

4° Elles retardent la production du ferment qui liquéfie la gélatine. (*A suivre.*)

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Tenu à Bordeaux du 6 au 8 août 1895 (*Suite*) [1].

SECTION DE PÉDIATRIE

Des malformations congénitales ou acquises du col fémoral. — **M. Mauclaire.** Cette communication a pour but d'attirer l'attention surtout sur les changements de direction du col fémoral dans diverses affections congénitales ou acquises de l'articulation de la hanche. On sait qu'à la naissance le col fémoral existe à peine, il ressemble au col anatomique de l'humérus. Ce n'est qu'à cinq ans qu'il se développe aux dépens du cartilage diaépiphysaire. A l'état normal, chez l'enfant, l'angle de déclinaison est de 25 à 30 degrés environ. Nous rappelons que cet angle est formé par deux plans, l'un vertical et transversal et passant par le grand axe de la diaphyse, l'autre transversal et oblique passant par le grand axe du col fémoral. Ces deux plans forment un angle ouvert en avant et en dedans; chez l'adulte les deux angles d'inclinaison et de déclinaison diminuent, le col tourne en arrière et s'abaisse légèrement.

Or, dans les cas de luxation congénitale de la hanche constatée à la naissance (cas de Bar et Lamothe, cas de Bar et Cautru, cas personnel), l'angle d'inclinaison est certainement diminué et l'angle de déclinaison paraît augmenté, la tête fémorale est en orientation antérieure exagérée. Peut être y a-t-il là une disposition initiale qui ultérieurement donne lieu à la luxation, comme pour des hernies inguinales congénitales et les kystes congénitaux qui n'apparaissent qu'après la naissance. Dans les luxations congénitales constatées chez l'enfant et chez l'adulte, d'une manière générale, le col est en antéversion comme le démontrent les pièces du musée Dupuytren et celles du musée de M. Lannelongue à l'hôpital Trousseau. Outre l'antéversion, l'inflexion est aussi très fréquente. Il est difficile de préciser à quel âge se produit cette malformation, si c'est peu après la naissance; le plus souvent ces déviations, jouent peut-être un rôle dans la pathogénie de la luxation, surtout quand la déviation est antéro-postérieure.

Dans le rachitisme congénital la tête est affaissée en bas et en dehors vers le grand trochanter; il n'existe plus de col fémoral. Dans le rachitisme infantile, c'est l'inflexion qui prédomine; souvent il y a en même temps rétrodéviation et il semble que la tête soit en subluxation en bas. La déformation peut être unilatérale et donner lieu à un raccourcissement du membre inférieur. Dans une pièce personnelle, l'angle d'inclinaison était de 90 degrés et celui de déclinaison 0 degré; la lésion était symétrique à droite et à gauche. Dans le rachitisme tardif, localisé à la hanche, on note la rétroflexion; c'est la coxovara que nous avons déjà passée en revue dans le *Bulletin médical* en avril dernier. Ici la scoliose est consécutive à la déviation du col fémoral, mais il est des cas où c'est la déviation du col qui est secondaire à la déformation du rachis, quand celle-ci est très marquée. Dans la syphilis héréditaire précoce, dans l'achondroplasie, les déformations du col ne sont pas encore signalées. Dans l'ostéomyélite infantile le col n'a plus de forme. Dans la coxotuberculose, dans l'ostéomyélite, les déformations du col peuvent être très variées. Enfin celui-ci peut être dévié dans le genu valgum, le pied bot paralytique, etc. Je ne parlerai pas ici des déformations au cours de l'ostéomyélite sénile, de la maladie de Paget, de l'arthrite sèche, des arthropathies nerveuses, des fractures du col chez le vieillard, etc. Au point de vue pratique, on peut dire d'une manière générale que dans l'attitude du membre inférieur, la rotation externe ou interne, l'adduction ou l'abduction sont imposées par la déviation du grand axe du col et l'orientation de la tête fémorale et pas toujours par des contractures musculaires.

Luxation congénitale de la hanche. Opération de Lorenz. — **M. Lafourcade** (de Bayonne). La luxation congénitale de la hanche est très fréquente dans le sud-ouest. Si l'occasion d'opérer cette infirmité est extrêmement rare encore, cela tient à la croyance qu'il n'y a qu'à conseiller un appareil orthopédique. Cependant l'étude anatomo-pathologique de la luxation congénitale et les résultats obtenus par Lorenz devraient amener la conviction.

M. Lafourcade a fait une fois l'opération de Lorenz, le 5 août 1894. Il s'agissait d'une fillette de sept ans, atteinte de luxation congénitale droite avec claudication très accusée. Raccourcissement de 3 centimètres. Atrophie du membre. Grande facilité de tous les mouvements. La tête fémorale est dans la fosse iliaque externe.

Incision allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à la partie inférieure du bord antérieur du trochanter. Incision transversale coupant la précédente au-dessus du bord supérieur du trochanter. L'aponévrose du moyen fessier, le petit fessier sont traversés. La capsule est ouverte. La tête fémorale est attirée au dehors. Elle est à peu près normale. Mais le col regarde en avant et en dedans. *Il est en antéversion.* La cavité cotyloïde est exhaussée. C'est à peine si elle est appréciable. A la curette et à la gouge, M. Lafourcade creuse une cavité susceptible de recevoir la tête fémorale. Celle-ci est abaissée très facilement. Mais par suite du changement de direction du col fémoral, l'introduction de la tête dans le cotyle n'est possible qu'avec l'adduction et la rotation interne du membre inférieur, situation très défectueuse. Suture au catgut des différents plans sectionnés. Pas de drainage. Appareil plâtré prenant le bassin et la face externe de la cuisse. Suites très simples. Le neuvième jour, la réunion est totale. Malgré la possibilité de faire sortir la tête de la cavité cotyloïde, M. Lafourcade met le membre inférieur dans une bonne situation. Quand la malade commence à marcher le 50e jour, après des massages et des mouvements communiqués, la claudication existe encore, mais beaucoup moins accusée. La tête est cependant sentie dans la fosse iliaque. Il est probable que la suture et le raccourcissement de la capsule sont la cause de cette amélioration. Actuellement cette amélioration persiste encore.

De cette observation on peut conclure que chez les enfants atteints de luxation congénitale de la hanche, habitant la campagne, comme dans le cas de M. Lafourcade, et marchant beaucoup et de bonne heure, les modifications de la tête et du col sont précoces. L'opération devra être conseillée dès que la luxation sera reconnue si l'enfant peut supporter une intervention assez importante.

En outre, on peut remédier aux conséquences du changement de direction du col par une modification dont M. Lafourcade a eu l'idée après sa première opération. Il conseille de pratiquer séance tenante *l'ostéotomie sous-trochantérienne*. De cette façon, la tête étant mise en place, la direction du membre inférieur sera celle que le chirurgien voudra lui donner.

Note sur le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche. — **M. M. Denucé** (de Bordeaux) rappelle une opération de Hoffa qu'il a pratiquée en septembre 1891. Il a revu la malade récemment et a constaté que l'articulation reconstituée était solide. Il restait un peu de claudication attribuable à l'absence du col amenant un raccourcissement du fémur. Mais le tibia et le pied qui, avant l'opération, étaient atrophiés, plus petits que ceux du côté sain, ont repris leur volume normal. La lordose lombaire a complètement disparu.

Le traitement chirurgical est le seul qui puisse donner un résultat assez complet, c'est-à-dire la diminution ou la suppression de la claudication et surtout la suppression de la lordose lombaire. Les appareils orthopédiques n'ont aucune utilité. Quant au procédé opératoire, on peut être éclectique. L'incision antérieure de Lorenz, conduirait plus directement sur le cotyle et permettrait de venir à bout plus facilement des obstacles à l'abaissement du fémur, quelle que fût leur nature.

Du traitement du pied bot. — **M. Phocas** (de Lille). Le *pied bot congénital* demande à être traité de bonne heure. Les manipulations et les appareils les plus simples sont susceptibles de donner quelques résultats à cet âge. Mais il ne faut pas trop compter sur leur action, et pour peu que le pied bot persiste, il est nécessaire de recourir à la ténotomie sous-cutanée du tendon d'Achille, suivie d'un véritable redressement forcé manuel sous le chloroforme et de la pose d'un appareil. L'opération ainsi conduite donne un grand nombre de succès et peut être considérée comme l'intervention classique dans le pied bot varus congénital. En ce qui me concerne, sur un grand nombre de ténotomies suivies de redressement, je n'ai eu à enregistrer que deux insuccès tardifs. Le pied bot persistant sur l'enfant qui marche et le pied bot qui n'a pas été soigné peuvent être justiciables d'une opération de Phelps. J'entends sous ce nom l'opération qui consiste à sectionner à ciel ouvert les parties molles du bord interne du pied et à ouvrir l'articulation médio-tarsienne. Cinq fois j'ai eu recours à cette opération avec trois succès et deux résultats médiocres. A l'heure actuelle, pour peu que le pied bot ne me paraisse pas corrigé par le Phelps, je n'hésite plus à pratiquer l'astragalectomie et la résection de la malléole externe. Six pieds bots varus congénitaux traités de la sorte m'ont tous donné des résultats magnifiques. J'en suis arrivé à commencer l'opération par l'astragalectomie, quitte à achever la correction par une petite section à la Phelps. J'évite de cette façon presque sûrement les larges résections osseuses. Je demande, en un mot, que l'opération, faite en vue de corriger le pied bot congénital, donne *immédiatement* un résultat parfait, résultat qui puisse se passer du secours des manipulations et des appareils. J'accorde aux manipulations post-opératoires un rôle secondaire, propre tout au plus à renforcer les muscles amaigris et je considère les appareils comme des agents de soutien provisoire.

Les pieds bots paralytiques se divisent en pieds *fixes* et pieds *ballants*. Les premiers sont déviés en varus équin, valgus, talus. L'équinisme est toujours corrigé par la ténotomie que je préfère ici à ciel ouvert, de manière à la faire suivre d'une suture des deux bouts. Je pratique, en un mot, *l'allongement tendineux*.

Le *talus* fixe demande à être combattu par le raccourcissement du tendon que je pratique par un procédé opératoire spécial. Ce procédé consiste à amincir le tendon pour le replier. Je fais ici un véritable *avancement tendineux*. Deux opérations de ce genre m'ont donné deux succès.

Contre les pieds paralytiques varus, j'ai employé cinq fois le Phelps et je lui reconnais une supériorité marquée sur l'opération analogue dirigée contre le pied bot congénital.

Deux pieds valgus paralytiques fixes sur deux adultes ont été traités par la tarsectomie. Une fois, j'ai pratiqué la tarsectomie interne et une autre fois l'astragalectomie. Le résultat de cette dernière est incomparablement supérieur à celui de la tarsectomie.

Les *pieds* ballants traités par l'arthrodèse tibio-tarsienne m'ont donné de bons résultats, mais j'ai bien rarement obtenu l'ankylose. Je pratique, à l'heure actuelle, la suture osseuse au fil d'argent.

Un pied bot traumatique ancien, dévié en varus, fut très correctement corrigé par l'ablation de l'astragale.

En somme, j'ai pratiqué dix Phelps, purs, avec huit bons résultats et deux insuccès, huit opérations complexes (astragalectomie, résection de la malléole et Phelps), avec huit beaux résultats, deux ablations de l'astragale (pied bot traumatique et pied bot paralytique), deux tarsectomies internes (pied bot valgus paralytique); je n'ai jamais eu de complications opératoires.

Flexion congénitale du petit doigt à la dernière période. Résection phalango-phalangienne. Bon résultat fonctionnel. — **M. Paul Coudray** (de Paris). La flexion congénitale du petit doigt, flexion dans l'articulation de la première avec la deuxième phalange, qui habituellement constitue une malformation sans importance, s'exagère parfois avec l'âge (15 à 25 ans) et devient dans quelques cas rares une affection très gênante nécessitant une intervention. C'est ainsi qu'Adams a été amené à pratiquer des sections multiples de brides cutanées et sous-cutanées sur la face palmaire du doigt et a pu amener le redressement. Cette opération n'est pas toujours suffisante : en effet Longwood a dû, dans un cas, amputer un petit doigt atteint d'une flexion très marquée.

Chez une jeune fille de dix-neuf ans atteinte de cette affection avec flexion à angle droit et fixité de l'articulation, j'ai pratiqué le 22 octobre 1892 la résection de l'article (8 à 9 millimètres de la première phalange et 4 millimètres de la seconde). Dans un premier temps de l'opération j'avais sectionné les tissus fibreux du côté palmaire, et même les tendons, sans pouvoir obtenir le moindre redressement. J'attaquai alors l'articulation par la face dorsale et ne ramenai le doigt à la rectitude qu'après avoir enlevé un centimètre et plus du squelette articulaire; les cartilages avaient disparu. Le résultat a été très satisfaisant comme le montrent les photographies, et aujourd'hui la jeune fille, que j'ai revue le 29 juillet 1895, se sert de son doigt, bien que raccourci, comme s'il était normal.

La pathogénie de cette affection est controversée : Tamplin qui a signalé l'affection longtemps avant la remarquable étude d'Adams (*Lancet*, 1890) incrimine une brièveté de la peau palmaire. Adams pense à une insuffisance des interosseux et lombricaux qui ont pour action d'étendre les deux dernières phalanges sur la première. D'après l'observation de plusieurs cas qu'il nous a été donné de voir, nous serions plutôt disposé à admettre une malformation articulaire primitive, hypothèse qui cadrerait mieux avec l'hérédité et la congénitalité évidentes de l'affection.

Il faut, en tout cas, retenir de notre observation qu'il est bon de s'occuper de cette affection à ses premiers stades, de manière à prévenir les conséquences tardives auxquelles on ne peut remédier que par une intervention.

(*A suivre.*)

1. Voy. *Presse Médicale*, n° 40, 14 août 1895, p. 320; n° 41, 17 août 1895, p. 328, et n° 42, 24 août 1895, p. CXXVI.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

27 août 1895.

Toxicité des alcools. **M. Cadet de Gassicourt** lit, au nom de **M. G. Colin**, une note sur la toxicité des alcools. L'auteur insiste sur la bénignité des alcools introduits par la voie digestive; les gros mangeurs, les animaux, comme les ruminants, à panse toujours pleine, les supportent bien. Il existe une cause atténuante de la toxicité des alcools; c'est l'hydratation de l'alcool par les parties liquides des ingesta. Aussi l'alcool est-il plus toxique à jeun.

Les expériences de M. Daremberg sont viciées par de nombreuses erreurs d'expérimentation. Le liquide a été introduit trop rapidement dans le sang. De plus, l'alcool, même en présence d'une très petite quantité de sang, précipite des flocons albumineux qui deviennent autant de petites embolies.

Chez les cultivateurs, la distillation, contrairement à ce qu'on a prétendu, se fait d'une façon satisfaisante.

M. G. Colin demande des droits très élevés sur l'alcool et la nomination d'une commission chargée d'étudier les spiritueux livrés à la consommation, d'isoler les toxiques de l'alcool et d'en étudier les propriétés.

Secours aux naufragés. **M. Lancereaux** lit une note de M. le Dr **Schneider Preiswerk**, de Bâle, qui propose, comme moyen de secourir les naufragés, de recourir à l'insufflation du tissu sous-cutané des personnes en danger.

M. Javal lit un travail sur l'*écriture droite dans les écoles*.

CHLORAL BROMURÉ DUBOIS

Sirop prescrit à la dose de 3 à 6 cuillerées, selon l'âge, dans les 24 heures

MALADIES NERVEUSES, INSOMNIES, VERTIGES, ETC..., COQUELUCHE

Paris, 20, Place des Vosges ET TOUTES PHARMACIES.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il réussit constamment.

4 à 8 cuillerées par jour selon les cas. — *Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.*

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr de sel de chaux.

LA MIEUX TOLERÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et **Antiseptique**, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et **Reconstituante**, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris ET PHARMACIES.

PHOSPHOVINATE D'OR JOLLY Reconstituant et Sédatif des CELLULES NERVEUSES

par l'ACIDE PHOSPHORIQUE, stimulant et anti-diathésique par l'OR

Spécifique réel des **MALADIES NERVEUSES** ET DU **DIABÈTE**

DOSES : 10 à 80 gouttes par jour en 2 fois progressivement.

PARIS, 64, Faubourg Poissonnière

LISERONINE du Dr DAVYSONN

REMÈDE SOUVERAIN pour la guérison de la GOUTTE, de la GRAVELLE et des RHUMATISMES GOUTTEUX.

Complètement inoffensif pour les voies digestives et les autres organes.

PHARMACIE NORMALE, 19, Rue Drouot, PARIS

MÉDICATION GLYCÉRO-PHOSPHATÉE

VIN GLYCO PHOSPHATE LANGLEBERT

SEUL ÉTAT OU LES PHOSPHATES SOIENT RÉELLEMENT ASSIMILABLES

NEURASTHÉNIE · EPUISEMENT · AFFECTIONS DES OS

· SURMENAGE ·

CROISSANCE & DEVELOPPEMENT DES OS. 86, Rue de la Réunion, PARIS

GLYCÉROPHOSPHATES

Phosphate vital de JACQUEMAIRE

Identique à celui de l'organisme. Entièrement assimilable, à base de CHAUX, de SOUDE ou de FER

1° SOLUT. GAZEUSE; 2° GRANDE; 3° SOL. INJECTABLE; 4° SIROP;

Indiqué dans : *NEURASTHÉNIE, PHOSPHATURIE, ALBUMINURIE, PHTISIE, ANÉMIE, Maladies des ENFANTS, CONVALESCENCES*, etc.

SEUL EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône) et toutes Pharmacies.

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ

58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Solution — Poudre titrée — Cachets de

CRÉOSAL DUBOIS

Le **Créosal** est le nom d'une série de préparations titrées à base de **tannate de créosote** (composé nouveau qui renferme 60 % de créosote et 40 % de tannin) dont on a **modifié la saveur et corrigé l'extrême astringence ; bien toléré à doses massives. — Diluer dans l'eau la solution et la poudre.**

DOSES. — ADULTES : 4 à 6 cuillerées ou cachets par jour. — ENFANTS : 1 cuillerée à café par année d'âge dans une journée.

NOTA. — Le Créosal étant précipité de ses solutions par presque toutes les substances étrangères, on ne doit jamais l'associer *à d'autres* médicaments.

Le Créosal a donné d'excellents résultats dans les

TUBERCULOSES, BRONCHITES, etc.

PARIS, 56, quai Jemmapes et toutes les Pharmacies.

TROUSSE de "LA PRESSE MÉDICALE" préparée par ADRIAN et Cie, Paris

DONNANT SEULE DROIT AU

Diagnostic* GRATUIT de la *DIPHTÉRIE

Cette TROUSSE, UNIQUEMENT DESTINÉE AUX MÉDECINS, renferme **deux tubes de Sérum gélatinisé, un tube verre stérilisé, une spatule à ensemencement, une instruction sur la manière de s'en servir ainsi qu'un avis de retour** et une adresse imprimée pour le renvoi de la boîte "Au Laboratoire de la Presse Médicale", *3, Rue Racine, Paris*, qui, GRATUITEMENT, dans les 24 heures, fera le diagnostic et leur en adressera les résultats.

Le prix de la Trousse, au public, est de 3 fr. — On la trouve dans toutes les Pharmacies. — Vente en gros : *9 et 11, Rue de la Perle, Paris.*

Pour la garantie de fabrication du Sérum, pour la certitude et la rapidité du diagnostic ***EXIGER la Trousse*** *de "LA PRESSE MÉDICALE" préparée par* ADRIAN et Cie.